

МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

1 Каримова Ф.Д.

2 Ходжаева А.С.

3 Зуфарова Ш.А.

4 Абдуллаева Л.М.

5 Элмуродова Ф.К.

6 Акрамова Н.А.



ABSTRACT

В современной медицинской науке и практике приоритетным направлением является обеспечение репродуктивного здоровья и повышение качества жизни всех категорий граждан, включая лиц с ограниченными возможностями здоровья. Среди них девочки-подростки с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) представляют собой одну из наиболее уязвимых и социально незащищенных групп. Известно, что менструальная функция является фундаментальным маркером общего и репродуктивного здоровья женского организма. Однако у пациенток с ментальными нарушениями процессы циклической адаптации протекают на фоне измененной нейроэндокринной регуляции, врожденной патологии и частого приема психотропных препаратов, что существенно повышает риск развития гинекологических заболеваний. В связи с чем, очевиден мультидисциплинарный характер данной проблемы на стыке гинекологии, психиатрии, социологии и специальной педагогики. Трудности самообслуживания, общения делают невозможным адекватно вербализовать жалобы на боль или дискомфорт, а также специфика психоэмоционального реагирования в разные фазы цикла создают серьезные барьеры для своевременной диагностики. Кроме того, обеспечение гигиенического благополучия, защита прав и социальная адаптация таких пациенток невозможны без глубокого понимания особенностей их физиологии.



KEYWORDS



программы гигиенического воспитания для минимизации рисков и защиты прав пациенток.

Пошаговый алгоритм разделен на следующие блоки.

Медицинский блок (гинекология и эндокринология) Регулярный неинвазивный скрининг: Замена стандартного осмотра на кресле (при выраженном страхе или сопротивлении), регулярным УЗИ органов малого таза (трансабдоминально) и оценкой гормонального профиля (гонадотропные и стероидные половые гормоны) каждые 6 месяцев для пациенток, принимающих нейролептики (риск гиперпролактинемии и аменореи). Щадящая терапия: Использование трансдермальных форм гормональных препаратов (пластыри, гели) и/или инъекционных методов контрацепции вместо таблеток, которые пациентка может забыть принять или выплюнуть.

Календарный учет: Ведение цифровых или бумажных дневников менструации медицинским персоналом или опекунами с обязательной фиксацией изменений в поведении за неделю до менструации.

Психиатрический блок: Комплексная терапия (противовоспалительная, гормональная) с коррекцией доз базисной психотропной терапии совместно с психиатром в предменструальные дни при выраженном росте агрессии, самоповреждений или тревожности.

Индивидуальный (персонализированный) в каждом конкретном случае, включающий дифференциальную диагностику: Отделение соматической боли (дисменореи) от обострения психического заболевания. Если поведение ухудшается циклично — в первую очередь назначаются анальгетики и спазмолитики. Подбор препаратов с наименьшим влиянием на когнитивные функции, чтобы женщина сохраняла базовые навыки самообслуживания во время менструации.

Социально-педагогический блок (гигиена и адаптация) Визуальные алгоритмы: Разработка пошаговых карт-инструкций (в картинках или пиктограммах) по смене гигиенических средств, размещаемых в туалетных комнатах. Упрощение ухода:



прогнозирования и снижения уровня тревоги перед началом цикла.

Правовой блок- Профилактика насилия: Регулярный гинекологический контроль для исключения фактов сексуального насилия в учреждениях закрытого типа. Запрет на принудительную стерилизацию, обратимые медикаментозные методы контрацепции, строго по медицинским показаниям и с соблюдением юридических процедур защиты прав человека. Информированное согласие: Разработка упрощенных (адаптированных) форм согласия на медицинские манипуляции, изложенных простым языком (Easy-to-read).

Для достижения поставленной цели, нами проведено исследование в целевой группе девушек подростков находящихся на обучении в специализированной школе интернате для детей с задержкой психического развития г.Ташкента. Всего в исследование вошли 19 девушек в возрасте от 12 до 16 лет. Средний возраст составил $14,5 \pm 1,2$ года. Анализ социального статуса показал, что все обследованные девушки воспитывались в полных семьях. Однако в 3 случаях (15,8%), несмотря на формальное присутствие обоих родителей, отмечалось эмоциональное отвержение и безразличие к жизни ребенка с их стороны.

Распределение основного диагноза соответствовало 8 девочек (F71) = 42,1% -3 девочки (F71.14) = 15,8%, По 2 девочки (F70, F70.1, F84.11, ДЦП) = по 10,5% на каждую группу, по 1 девочке (F71.1, F71.11, синдром Прадера-Вилли) = по 5,3% на каждый случай. Причем в 2 случаях диагностирована эпилепсия (10,5%).

Исследуемая группа девочек-подростков (средний возраст 14,5 лет) специализированного интерната г. Ташкента характеризуется преобладанием умеренных форм интеллектуальной недостаточности (68,4%), высоким уровнем коморбидной патологии (ДЦП, РАС, генетические синдромы — 26,3%) и выраженными поведенческими нарушениями. Несмотря на формально благополучный социальный статус (100% полных семей), у 15,8% воспитанниц отмечается эмоциональное безразличие родителей. Сочетание тяжелого интеллектуального дефицита, пубертатного



нейроэндокринопатия ДНТЗ, что составило 8 (42,1%), анемия различной степени тяжести 6 (31,5%); ожирение отмечено в 7 (36,8%), хронические воспалительные заболевания ЛОР органов отмечены в 3 (15,7%), патология опорно-двигательного аппарата 7 (36,8%) обследованных, дисфункция глазодвигательной системы в виде косоглазия и нарушения аккомодации глаз в 9 (47,3%).

С целью выявления взаимосвязей особенности психического статуса и репродуктивного здоровья девочек с умственной отсталостью, нами был проведен детальный анализ менструальной функции с помощью разработанной нами иллюстрированной картой-опросника.

Анализ менструальной функции проводили по данным опроса девочек с участием родителей и медицинских работников интерната. Учитывая сложность в общении с данным контингентом девочек подростков нами предложен упрощённый опросник с изображениями символов означающих симптомы менструального цикла, болезненности, интенсивности менструальных потерь. который значительно снижает коммуникативные барьеры, повышает точность диагностики и обеспечивает комфорт пациенткам. На наш взгляд, использование визуальных якорей (картинок) минимизирует стеснение, решает проблему языкового барьера или когнитивных трудностей, а также помогает объективизировать субъективные жалобы (например, уровень боли или объем кровопотери).

Для максимальной точности данных, опросник нами разделен на три визуальных блока, с использованием международных валидированных шкал, адаптированных под символы.

Характеристика менструального цикла (Регулярность) -Символ: «Часы». Помогает определить, приходят ли месячные вовремя. Символ (Зеленый круг): Месячные приходят регулярно (каждый месяц примерно в одно время).Символ (Желтый круг): Месячные приходят редко (редко, с задержками в несколько месяцев).Символ (Красный круг): Месячные идут хаотично (очень часто, несколько раз в месяц или полностью отсутствуют).



Болезненность -Визуально-аналоговая шкала лиц (Faces Pain Scale).Смайлик (0–2 балла): Боли нет или она почти незаметна. Живот не мешает учиться и играть. Смайлик (4–6 баллов): Боль умеренная. Живот ноет, хочется полежать, но можно обойтись без таблеток. Смайлик ☹️ (8–10 баллов): Боль сильная. Девочка плачет, не может встать с кровати, пропускает занятия, обязательно нужна таблетка.

Оценка психоэмоционального состояния во время менструации - символ страх, символ молния означает гнев, раздражение, символ волна безразличие к происходящему. Для повышения практической ценности опросника, опрос девочек проводили в изолированном помещении (кабинет врача), чтобы исключить стеснение перед сверстницами, Медработник или родитель должен был лишь пояснять значение символов, но не отвечать за девочку (если это позволяют её когнитивные особенности). Данные опросника сопоставляли с записями в медицинских картах интерната (фактические обращения за анальгетиками или жалобами на кровотечения).

На момент опроса 2 девочки (10,5%) находились в пременоархеальном периоде и, следовательно, не могли ответить на конкретные вопросы, касающиеся менструации. В общей сложности 17 девочек (89,4%) достигли менархе, средний возраст начала менструаций составил $11,8 \pm 2,7$ года. У большинства 10 (52,6%) менструации были регулярными, и у большинства из них (66,7%) менструальный цикл составлял от 21 до 34 дней. У 17 девочек (89,4%) длительность менструального кровотечения составляла от 3 до 7 дней. В каждом менструальном цикле у 91% из них наблюдалось от 1 до 3 дней обильных выделений, и только у 1 (5,2%) обильные выделения длились от 4 до 6 дней. Более половины девочек (50,5%) испытывали слабую дисменорею (болезненные менструации), 24,3% — умеренную дисменорею, а у 25,2% дисменорея отсутствовала.

Из 17 девочек, достигших менархе, 2 (11,7%) могли самостоятельно справляться с гигиеной во время менструации, 5 (29,4%) нуждались в помощи родителей или опекунов, а 10 (58,8%) были совершенно неспособны обслуживать себя самостоятельно. В большинстве случаев (91,9%) помощь девочкам во время менструации



находились в подавленном состоянии (депрессии) во время менструации. Большинство родителей/опекунов 58,8% считали, что менструация мешает повседневной деятельности родителей, требовалось брать отгул на работе, и 71,2% чувствовали себя подавленными в этот период. 3 девочек (17,6%) не могли посещать школу во время менструации, при этом среднее количество пропущенных учебных дней в месяц составило 3 дня. Большинство родителей/опекунов 16 (84,2%) были обеспокоены темой менструации у своих дочерей, тогда как в 3 (15,7%) родителей не интересовались и не принимали участия в жизни детей, вплоть до того, что средства гигиены приобретали преподаватели интерната за свой счет. К сожалению, консультацию получили только 4 родителя 22,8%, остальные 15 77,2% за помощью не обращались. Большинство родителей или опекунов получили консультацию у врачей (71,4%), еще 24,2% — у друзей.

Комплексный анализ гинекологического статуса, уровня социально-бытовой адаптации и психологического климата в семьях воспитанниц (общий объем выборки — 19 человек, из них 17 достигших менархе) позволил верифицировать следующие закономерности:

Особенности становления менструальной функции. У подавляющего большинства обследованных (89,4%) верифицировано наступление менархе со средним возрастом дебюта $11,8 \pm 2,7$ года. Физиологические параметры цикла у большей части девочек соответствовали нормативным показателям: регулярный характер менструаций отмечен у 52,6% (с длительностью цикла 21–34 дня у 66,7% из них), а продолжительность геморрагических выделений от 3 до 7 дней зафиксирована в 89,4% случаев. Явления дисменореи различной степени выраженности (слабая — 50,5%, умеренная — 24,3%) зарегистрированы у 74,8% подростков, что указывает на высокий удельный вес альгодисменореи в структуре пубертатной патологии.

Уровень гигиенической автономии и дефицит самообслуживания. Установлена критически низкая способность к гигиеническому самообслуживанию в менструальный период. Полная бытовая зависимость от третьих лиц (неспособность к самообслуживанию) выявлена у 58,8% девочек, а потребность в постоянном



Психозмоциональный статус подростков и социальное неблагополучие. Менструальный период сопряжен со значительным ухудшением психозмоционального и соматического состояния девочек: 58,8% испытывают физический дискомфорт, 23,5% — интенсивный болевой синдром, 29,4% — субдепрессивные проявления и 17,6% — чувство страха. Дезадаптация усугубляется пропусками занятий в школе (17,6%, в среднем 3 учебных дня в месяц) и латентной социальной депривацией со стороны части родителей. В 15,7% случаев зафиксировано полное игнорирование нужд подростков («отчужденные семьи»), при котором обеспечение средствами гигиены вынужденно перекладывается на педагогический персонал интерната.

Низкая медицинская активность и депрессивное состояние микроокружения. Феномен менструации у дочерей вызывает выраженный психологический и экономический стресс у большинства родителей/опекунов (84,2% обеспокоены проблемой, 71,2% находятся в депрессивном состоянии, а 58,8% заявляют о дезорганизации их повседневной и трудовой деятельности). При этом регистрируется критически низкий уровень комплаенса и медицинской грамотности: 77,2% родителей не обращались за специализированной помощью. Профильную медицинскую консультацию (преимущественно у врачей — 71,4%) получили лишь 22,8% законных представителей.

В связи с чем доступность медицинского консультирования по вопросам управления менструальным циклом для девочек с особенностями психического развития является ключевым фактором в изменении восприятия данной проблемы.

Большинство родителей выражали обеспокоенность риском эксплуатации своих дочерей посторонними лицами. Выявлено, что многие не получали достаточной информации о правилах гигиены для девочек с интеллектуальными нарушениями, что приводило к стрессу и дезориентации у детей при наступлении менархе. Подчеркивается важность предварительного информирования дочерей, в частности, через передачу личного опыта матерей. Статистика показала, что 78,4% родителей не обращались за медицинской помощью в этой сфере, предпочитая замалчивать проблему, и только 21,6% обсуждали



исследование дает представление о ситуации и позволяет предположить, что вопрос менструации у девочек с особенностями психического развития является критичнее, чем предполагалось изначально, при условии ненадлежащей поддержки.

Анализ соматополового созревания у воспитанниц, достигших менархе ($n=17$), на основе международной стандартизированной шкалы Tanner stages позволил установить следующие клинические особенности: Преобладание нормативных темпов пубертата. У большинства обследованных девочек-подростков (70,6%, $n=12$) показатели полового развития полностью соответствовали хронологическому возрасту и общепринятым популяционным нормативам, что свидетельствует о сохранности базовых механизмов функционирования гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси у данной части выборки. Дисгармоничные варианты полового созревания. У 29,4% обследованных верифицированы различные формы девиации пубертатного периода: Преждевременное половое развитие диагностировано в 17,6% случаев ($n=3$) и характеризовалось ранним дебютом менархе (в возрасте 9–10 лет). Данный феномен у детей с ментальными нарушениями утяжеляет течение пубертатного кризиса и требует исключения органической патологии ЦНС. Задержка полового развития верифицирована у 11,7% девочек ($n=2$) и проявлялась гипозрогенными состояниями: изолированным отставанием роста молочных желез (телархе) и скудным лобковым/аксиллярным оволосением (пубархе). Данный признак патопластически взаимосвязан с сопутствующими нейроэндокринными синдромами (включая синдром Прадера-Вилли и диффузный нетоксический зоб).

Таким образом результаты этого исследования указывают на то, что родителям и опекунам по-прежнему не хватает знаний и осведомленности в вопросах гигиены и полового развития своих дочерей, при помощи внедрения упрощенных анкет опросников. Предоставление девочкам с ограниченными возможностями, членам их семей и опекунам адекватной информации позволяет использовать наименее ограничивающие и наименее инвазивные подходы к вопросам здоровья. Понимание того, как менструация влияет на молодых женщин с интеллектуальными нарушениями и



имеет доступа к медицинским услугам.

Авторы выражают искреннюю благодарность директору школы №52 Нурмухомедовой Мукаддасхон Акрамовне и сотрудникам учреждения за оказанную помощь, терпение и доброжелательное отношение. Без командной работы проведение данного исследования было бы невозможным.